

## SU BEBÉ NECESITA ESTAS VACUNAS:

A los 2 meses: DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio  
A los 4 meses: DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio  
A los 6 meses: DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio  
A los 12 meses: Hib, MMR, Var, Pneumo  
A los 15 meses: DTaP  
A los 2 años: HepA

DTaP=Difteria, tétano, pertusis acelular  
HepA/HepB=Hepatitis A/Hepatitis B  
Hib=Hib Meningitis, Haemophilus influenzae B  
MMR=Sarampión, paperas, rubéola  
Pneumo=Neumocócica conjugada  
Var=Varicela

♥ Con nuestros mejores deseos. ♥

**Gray Davis, Governor  
State of California**  
**Grantland Johnson, Secretary  
Health and Human Services Agency**  
**Diana M. Bontá, R.N., Dr.P.H.  
Department of Health Services**  
**Immunization Branch  
2151 Berkeley Way • Berkeley, CA 94704**



**N**o hay nada  
como el amor de  
los padres. ♥

**A**hora tiene un nuevo bebé para darle su amor!

**D**éle mucho amor. **Y** vacúnelo a tiempo. Las vacunas protegen a su bebé contra algunas enfermedades muy peligrosas.

**S**u bebé necesitará las primeras vacunas a las **seis a ocho semanas de edad**. La lista al otro lado indica cuándo tiene que recibir las otras vacunas. Es importante que su bebé reciba todas las vacunas **a tiempo**, para que esté protegido. Haga ya mismo una cita con su médico o clínica para las primeras vacunas.

**E**l médico o la enfermera le darán un **Comprobante de Vacunación** de su bebé. Llévelo cada vez que lleve al bebé al médico o a la clínica. También tendrá que presentarlo cuando su hijo vaya a la guardería y a la escuela. Guárdelo bien: su bebé lo necesitará durante toda su vida.

**IMMUNIZATION RECORD**  
*Comprobante de Inmunización*



Name  
*nombre* \_\_\_\_\_

Birthdate  
*fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_

Allergies  
*alergias* \_\_\_\_\_

Vaccine Reactions  
*reacciones a la vacuna* \_\_\_\_\_

RETAIN THIS DOCUMENT — CONSERVE ESTE DOCUMENTO